



Bachelorgradsoppgave

Betydningen av gruppeopplæring til
personer med type 2 diabetes

The significance of group education for
people with type 2 diabetes

Trine Merete Linmo

Silje Olsen Nufsfjord

SPU 110

Bachelorgradsoppgave i Sykepleie

Avdeling Namsos
Høgskolen i Nord-Trøndelag - 2015



HINT

Abstrakt

Introduksjon: Diabetes er et stadig økende folkehelseproblem. På verdensbasis er det 347 millioner mennesker med diabetes, av disse har 90 % diabetes type 2. Mange personer med type 2 diabetes opplever utfordringer med egenomsorg. Gruppeopplæring er en metode for å hjelpe personer til å mestre sin sykdom. Et av de overordnede målene til sykepleieren er å styrke pasientens egne ressurser. Dette kan bidra til økt kunnskap og kontroll over faktorer som påvirker helse og livsstil.

Hensikt: Hensikten med studien er å beskrive faktorer som kan ha betydning for egenomsorg til personer med type 2 diabetes etter gruppeopplæring.

Metode: I denne allmennlitteraturstudien er det benyttet én kvantitativ og 12 kvalitative forskningsartikler. Disse ble funnet i databasene Medline og PubMed.

Resultat: Individuell kunnskap, motivasjon og støtte fra familie, venner og sykepleiere er betydningsfulle faktorer for å utføre og opprettholde egenomsorgen. Bruk av myndiggjøring som pedagogisk metode, samt at personen selv tar ansvar for egen helse, er gunstig. Menn og kvinner ivaretar sin egenomsorg ulikt.

Diskusjon: Kunnskap gjennom gruppeopplæring, motivasjon og kjønnsforskjeller har blitt sammenlignet med litteratur og artikler. Det er viktig å skape god relasjon mellom sykepleieren og personene. Sykepleieren skaper gode relasjoner gjennom å vise empati, motivere, respektere og gi støtte under gruppeopplæring. Dette kan bedre egenomsorgen til personene som deltar i gruppeopplæring.

Konklusjon: Sykepleieren bør i gruppeopplæring innhente informasjon fra personenes egne ønsker og mål, for å bruke disse som motivasjonsfaktorer. Dette kan bidra til at personene tar ansvar for egen helse.

Abstract

Introduction: Diabetes is an increasing health issue. There are 347 million people in the world who have diabetes, 90% of these have type 2 diabetes. A lot of people with type 2 diabetes experience difficulties taking care of themselves. Group education is a method to help people cope with their everyday life. One of the main tasks for a nurse is to strengthen the person's own resources. This can contribute to increase knowledge and control over the factors that affect health and lifestyle.

Purpose: The purpose of this study is to describe which factors that can affect the significance to self-care for persons with type 2 diabetes after group education.

Method: In this literature study there have been used one quantitative and 12 qualitative research articles. These were found in the databases Medline and PubMed.

Results: Individual knowledge, motivation, support from family, friends and nurses are significant factors to perform and maintain self-care. Usage of empowerment as an educational method, as well as the person takes care of their own health, is favorable. Men and women attend to self-care differently.

Discussion: Knowledge through group education, motivation and gender differences were compared to literature and articles. It is important to create good relations between the nurse and the persons. This can be achieved when the nurse shows empathy, motivates, respects and gives support during the group education. This may better the persons in group education's ability to self-care.

Conclusion: The nurse may in group education collect the persons own wishes and goals, to be used as a motivational factor. This may contribute to better the persons responsibility for own health.

Keyword: Diabetes type 2, group education, self-care, Qualitative research.

INNEHOLDSFORTEGNELSE

1. INNLEDNING	1
1.1 Introduksjon	1
2. METODE	3
2.1. Fremgangsmåte og litteratursøk	3
2.2 Inklusjons og eksklusjon kriterier	5
2.3 Oversikt over inkluderte artikler	6
2.4 Analyse.....	6
2.5 Kvalitetsvurdering	8
2.6 Etske overveielser	8
3. RESULTAT	9
3.1. Kunnskap og gruppeopplæring	9
3.1.1 Kunnskap.....	9
3.1.2 Ansvar for egen sykdom	10
3.1.3 Kosthold og fysisk aktivitet.....	10
3.1.4 Pedagogiske metoder for gruppeopplæring	12
3.2 Motivasjon.....	13
3.3 K�nnnsforskjeller.....	14
4. DISKUSJON.....	15
4.1 Resultatdiskusjon	15
4.2 Metodediskusjon	23
5. KONKLUSJON.....	24
Hva kan denne studien tilføre praksis?	24
LITTERATURLISTE.....	25
VEDLEGG	31

1. INNLEDNING

1.1 Introduksjon

Diabetes er et stadig økende folkehelseproblem. Diabetes type 2 er utbredt både nasjonalt og internasjonalt (Hill 2012). På verdensbasis er det 347 millioner mennesker med diabetes, av disse har 90 % diabetes type 2. Dette er i stor grad et resultat av fedme og fysisk inaktivitet (WHO 2015). Prognosene på verdensbasis tilsier at tallet vil øke til nær 440 millioner innen 2030. Rundt 350 000 nordmenn har diabetes type 2 i dag (Diabetesforbundet 2014). På bakgrunn av dette er det stor sannsynlighet for at man som sykepleier møter personer med diabetes. Sykdommen er symptomfattig og ca. halvparten av personene har én eller flere diabeteskomplikasjoner når diagnosen stilles (Jenssen 2011). Diabetes kan føre til utvikling av en rekke invalidiserende og kostbare komplikasjoner (Hill 2012). Sykepleiernes kunnskap om diabetes er derfor viktig for å kunne hjelpe personer i riktig retning, samt å forebygge komplikasjoner.

Det er mange årsaker til at personer utvikler diabetes type 2, der insulinresistens er den mest vanlige. Andre årsaker kan skyldes arv, overvekt og fedme, usunt kosthold og manglende fysisk aktivitet. Forekomsten av diabetes type 2 øker med alderen, men også yngre mennesker får diabetes type 2. Personer med diabetes type 2 har fremdeles insulinproduksjon, men det produseres for lite insulin i forhold til behovet. Noen kan også ha insulinresistens (Diabetesforbundet 2014). Insulinresistens vil si at insulinets virkning på muskler, lever og fettceller er svekket. Dersom man ikke har evne til å kompensere for insulinresistensen vil glukosenivået stige. Personen vil da etter hvert få lave nivåer med HDL- kolesterol og høye nivåer med triglyserider i blodet (Jenssen 2011). Behandlingen dreier seg om opplæring til egenomsorg for å kunne holde blodsukkeret på et normalt nivå. For å holde blodsukkeret stabilt benyttes ulike tiltak. De ulike tiltakene er justering av kosthold, økt fysisk aktivitet og vektreduksjon (Diabetesforbundet 2014).

Sykepleieteoretikeren Dorothea Orem definerer egenomsorg som de handlinger et menneske tar initiativ til og utfører på vegne av seg selv for å opprettholde liv, helse og velvære. Orem påpeker egenomsorgstekningen som relevant for det moderne samfunnets forventninger om at den enkelte person skal ta ansvar for sitt eget liv og være selvstendig. Egenomsorgshandlinger kan utføres av personen selv, av andre eller av sykepleieren (Kristoffersen 2012a).

Mange personer med type 2 diabetes opplever utfordringer med å administrere livsstilsendringer, og egenomsorgen er påvirket av deres forståelse av sykdommen. Gruppeopplæring er en metode for å hjelpe personer med å håndtere sin sykdom. Målet med gruppeopplæring er å gi personene økt kunnskap om sykdommen. (Rygg, Rise, Lomundal, Solberg & Steinsbekk 2010). Manglende mestring av diabetes type 2 kan medføre forverring og sykehusinnleggelser. Det blir derfor viktig som sykepleier å bidra til at personene får en optimal livssituasjon gjennom opplæring om hvordan de bør innrette livet sitt for å mestre hverdagen (Askheim 2011).

Et av de overordnede målene til sykepleieren er å styrke personenes egne ressurser. Sykepleiere har ansvar for å gi opplæring, som kan bidra til økt kunnskap og kontroll over faktorer som påvirker helse og livsstil (Kristoffersen 2011). Mange av komplikasjonene av diabetes type 2 kan forbygges med endringer i kosthold og fysisk aktivitet (Meyer & Lindseth 2010a).

1.2 Hensikt

Hensikten med studien er å beskrive faktorer som kan ha betydning for egenomsorg til personer med type 2 diabetes etter gruppeopplæring.

2. METODE

Denne oppgaven er en allmenn litteraturstudie, som innebærer å beskrive valgte studier innenfor et gitt område for å svare på oppgavens hensikt (Forsberg & Wengström 2008a). Av de 13 vitenskapelige artiklene som er anvendt, er 12 kvalitative studier. Kvalitativ forskning tar utgangspunkt i å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfestes eller måles. Derfor bygges oppgaven mest på kvalitativ forskning, for å få innsikt i personer med type 2 diabetes' erfaringer. Én artikkel er kvantitativ, som gir data i form av målbare enheter. Både kvalitativ og kvantitative metoder bidrar til en bedre forståelse av det samfunnet vi lever i, og hvordan mennesker handler og samhandler (Dalland 2012).

2.1. Fremgangsmåte og litteratursøk

I begynnelsen av arbeidsprosessen ble det først prioritert å finne et overordnet tema for den allmenne litteraturstudien. Deretter ble hensikten utarbeidet med fokus på faktorer for egenomsorg etter gruppeopplæring til personer med type 2 diabetes. Etter utformingen av hensikten begynte arbeidet med å søke etter relevante forskningsartikler. De vitenskapelige artiklene er funnet i databasen Medline og PubMed, der disse søkeordene ble anvendt: Diabetes Mellitus type 2, guidance, adult, education, qualitative study, qualitative research, adherence, self-management og patient education. Søkeordene ble kombinert på ulike måter for å finne relevante artikler, og metoden som har blitt anvendt kan ses i vedlegg 1.

Eksempler på søkestrategier vises i tabell 1. Tabellen viser to databaser og tre manuelle søk. Databasene som ble anvendt i eksempelet var Medline og PubMed. I Medline, ble følgende søkeord anvendt: (exp) Diabetes mellitus type 2 ble kombinert med (exp) qualitative research. Søket ble avgrenset til Danish, English, Norwegian, Swedish og last 10 years. Dette resulterte i 114 treff, hvor 111 ble forkastet etter å ha lest titler og abstrakt. 5 artikler ble lest i sin helhet, der tre ble inkludert til videre gransking. I PubMed ble disse søkeordene anvendt: «Diabetes mellitus type 2», «adherence» og «patient education». På grunn av mange treff ble søket avgrenset til Danish, English, Norwegian, Swedish og last 10 years. Søket fikk 68 treff, hvor 66 ble ekskludert etter å ha lest titler og abstrakt. 6 ble lest i sin helhet, og to ble valgt til videre gransking. Artiklene ved det manuelle søket ble funnet i litteraturlistene i tidligere inkluderte artikler og i bacheloroppgaver. 6 vitenskapelige artikler ble sett på som relevant på bakgrunn av tittel og forfatter, hvor fire artikler ble lest i sin helhet og to valgt til videre gransking.

Tabell 1, eksempel fra søkeprosessen

Dato	Database	Avgrensninger	Søkeord	Antall treff	Antall utvalg 1	Forkastet	Antall utvalg 2	Antall utvalg 3	Antall utvalg 4
22.01.15	Manuelt søk			3	3	1	3	3	2
23.01.15	Medline	Danish, English, Norwegian, Swedish Last 10 years	(exp)Diabetes mellitus type 2 AND (exp) qualitative research	114	114	111	30	5	3
28.01.15	PubMed	Danish, English, Norwegian, Swedish Last 10 years Adult	Diabetes mellitus type 2, Adherence, patient education	68	68	66	19	6	2

Utvalg 1: Viser antallet artikkeltitler lest

Utvalg 2: Viser antall artikkelabstrakter lest

Utvalg 3: Viser antall artikler i sin helhet lest

Utvalg 4: Viser antall artikler valgt til videre vurdering og analysering

2.2 Inklusjons og eksklusjon kriterier

Før søket påbegynte, ble det satt ulike inklusjons- og eksklusjons kriterier som svarer på oppgavens hensikt og for å kunne begrense søket. Inklusjons- og eksklusjons kriterier kan ses i tabell 2.

Tabell 2, inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Diabetes type 2	Medikamentell behandling
Voksne	Diabetes komplikasjoner
Veiledning/rådgivning	Review
Undervisning	
Artiklene skal være på et vitenskapelig nivå på database for statikk om høgre utdanning.	
Pasientfokus	

2.3 Oversikt over inkluderte artikler

Tabell 3 viser et eksempel på en av de inkluderte artiklene som ble benyttet i oppgaven, som svarer på oppgavens hensikt. De andre 12 artiklene kan ses i vedlegg 2.

Tabell 3: Eksempel på én av de inkluderte artiklene

Tittler Forfatter Årstall Tidsskrift Land	Studiens hensikt	Design/ intervensjon/ instrument	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
Making and maintaining lifestyle changes after participating in group based type 2 diabetes self- management educations: a qualitative study. Rise et al. 2013 PLOS ONE Norge	Undersøke om gruppebasert diabetes kurs øker kontroll over selvledelse for å vedlikeholde livsstilsendringer	Kvalitativ. Semistrukturert intervju	Kunnskap er en avgjørende faktor for å gjøre endringer i livsstilen.	Nivå 1 Godkjent av etisk komité

2.4 Analyse

Det ble utført en analyse inspirert av en innholdsanalyse, med utgangspunkt i innholdet fra 13 forskningsartikler. En innholdsanalyse innebærer en identifisering av meningsbærende enheter, koding av kategorier, identifisering av sentrale tema og utveksling av teorier (Forsberg & Wengström 2008a). Artiklenes innhold er oversatt til norsk språk, og det er hentet meningsbærende enheter fra artiklenes resultatdel. Ved likhetstrekk på meningsbærende enheter er de koblet sammen til subkategorier. Subkategoriene ble kodet til kategorier. Kategoriene blir brukt som hovedoverskrifter i resultatdelen og svarer på oppgavens hensikt. Tabell 4 viser et eksempel av den inspirerte innholdsanalysen, og hvordan det ble funnet frem til én av hovedkategoriene.

Tabell 4, inspirert innholdsanalyse

	Meningsenheter	Subkategorier	Kategorier
1	Enkelte personer hevder noen andre er ansvarlig for å administrere sykdommen, f.eks. lege eller kone	Kunnskap (2 og 7)	Kunnskap og gruppeopplæring
2	Kunnskap er avgjørende for å gjøre livsstilsendringer	Kosthold og fysisk aktivitet (6 og 8)	
3	Myndiggjøring i gruppeopplæring gir bedre effekt på egenomsorg	Ansvar for egenomsorg (1 og 4)	
4	Endringer i livsstil resulterer i endret forståelse av egen rolle og tar ansvar for sin egen helse	Pedagogiske metoder for gruppeopplæring (3 og 5)	
5	Gruppeopplæring er viktig, som gir en følelse av at de ikke er alene med sykdommen		
6	Flere endringer samtidig kan komplisere situasjonen		
7	Kunnskap bidrar til at enkelte oppfatter diabetes type 2 som «ikke skremmende», og anser derfor egenomsorg som unødvendig		
8	Enkelte personer beskriver det som gunstig å endre kosthold og fysisk aktivitet sammen		

2.5 Kvalitetsvurdering

Tidsskriftene til artiklene som er benyttet i oppgaven er kontrollert i en database for statistikk om høgre utdanning. Databasen viser at alle forskningsartiklene er på et vitenskapelig nivå.

2.6 Etiske overveielser

I en litteraturstudie bør etiske overveielser være med. Det bør velges artikler som er godkjent av etisk komité, og det bør ikke legges frem resultater som støtter forfatterens hypotese (Forsberg & Wengström 2008b). 12 av forskningsartiklene er godkjent av etisk komité. Én av artiklene er ikke godkjent av etisk komité, men anses som relevant for oppgavens hensikt.

Materialet til de vitenskapelige artiklene er forsøkt å ikke bli tolket av egne meninger og forståelse. Artikler med negativ innvirkning på resultatet er ikke blitt ekskludert. For å ivareta personenes verdighet og for å se *personen* med diabetesen, har gruppen vært bevisst på å skrive «personer med diabetes» istedenfor «diabetespasienter». Oppgaven er redelig i forhold til kilder, slik at plagiat ikke skal forekomme.

3. RESULTAT

Målet med studien er å belyse faktorer som kan ha betydning for egenomsorg til personer med type 2 diabetes etter gruppeopplæring. Analysen viser tre hovedkategorier som har betydning for personenes egenomsorg. De tre hovedkategoriene med undergrupper er kunnskap gjennom gruppeopplæring, motivasjon og kjønnsforskjeller.

3.1. Kunnskap og gruppeopplæring

3.1.1 Kunnskap

Personene i resultatet beskriver kunnskap som en av de viktigste faktorene for å gjøre livsstilsendringer. Økt kunnskap gjør personene i stand til å forstå hvordan de kan leve et tilsynelatende normalt liv, til tross for deres sykdom (Rise, Pellerud, Rygg, & Steinsbekk, 2013). Det kan også være nyttig for personene å ha kunnskap om fotpleie, symptomer og årsaker på diabetes. De beskriver viktigheten av å forstå diabetes som en kronisk sykdom, ettersom livsstilen bør endres (Castillo, Giachello, Bates, Concha, Ramirez, Sanchez, Pinker, & Arrom, 2010). Analysen viser hvordan personer reagerer forskjellig, og det er derfor nødvendig å lære om seg selv (Vermeire, Hearnshaw, Rätsep, Levasseur, Petek, Van Dam, Van der Horst, Vinter-Repalust, Wens, Dale, & Royen, 2007). Én av personene i resultatet uttrykker hvordan han får en følelse når blodsukkeret er for høyt eller for lavt (Thompson, 2014). Enkelte som deltar på opplæringskurs uttrykker at de ikke ønsker å prioritere å gjøre livsstilsendringer. (Rise et al., 2013). Andre foreslår at man bør ha et oppfølgingskurs for å dele erfaringer, og motta ny og oppdatert kunnskap (Ofstedal, Karlsen, & Bru, 2010).

Enkelte personer beskriver hvordan kunnskap gjør diabetes «ufarlig». På grunn av den kunnskap de har innhentet anses egenomsorg som unødvendig (Rise et al., 2013). De blir bekymret av mangelfull, motstridende eller misforstått informasjon (Vermeire et al., 2007). Mye informasjon blir presentert i opplæringskursene, og ikke all informasjon er forståelig eller minneverdig, og det gis ofte på upassende tidspunkt (Booth, Lowis, Dean, Hunter, & Mckinley, 2013; Vermeire et al., 2007). I gruppeopplæring opplever personene at sykepleiere anvender en «læreboktilnærming», og ikke spør om deres behov. *«Hvis de bare ville lytte til dine problemer, i stedet for å jobbe i henhold til en ferdig formel. Noen av dem bør bli flinkere til å lytte til hva en person forteller om hans eller hennes hverdag»* (Ofstedal et al., 2010). Nivået av kunnskap varierer blant sykepleiere. Enkelte personer stoler derfor ikke på råd fra sykepleiere på bakgrunn av deres varierende kunnskapsnivå. I mange tilfeller forventer personer med type 2 diabetes at sykepleierne motiverer dem til praktisk egenomsorg (Ofstedal

et al., 2010).

3.1.2 Ansvar for egen sykdom

Innhenting av ny kunnskap, ta ansvar for diabetesbehandlingen og å motta bekreftelse på en sunn livsstil, er tre faktorer som har betydning for om livsstilsendringene blir iverksatt. En person nevner at endringer i livsstil er et resultat av en endret rolleforståelse og personen tar ansvar for sin egen helse. «*Hvis legen var den eneste som hadde ansvar, ville jeg ha spist de gale tingene fordi det ikke var mitt ansvar. Men nå er ansvaret mitt og jeg må håndtere konsekvensene*» (Miller & Marolen, 2012; Rise et al., 2013). Enkelte personer som ikke ønsker å gjennomføre livsstilsendringer hevder at andre er ansvarlig for å administrere sykdommen, som for eksempel deres lege eller kone. (Adolfsson, Starrin, Smide, & Wikblad, 2008; Rise et al., 2013). En mann forteller om hans utfordringer i å gjennomføre endringer i sitt kosthold, fordi det er hans kone som er ansvarlig for all matlagingen (Rise et al., 2013). Personene forstår behovet for å utføre livsstilsendringer, men mangler selvdisiplin. Manglende selvdisiplin resulterer i skyldfølelse dersom de ikke følger rådene og anbefalingene som er gitt (Booth et al., 2013). Etter det første møtet med sykepleiere, føler enkelte personer seg overlatt til seg selv (Ofstedal et al., 2010). Negative erfaringer bidrar til dårligere egenomsorg (Negelkerk, Reick, & Meengs, 2006).

3.1.3 Kosthold og fysisk aktivitet

Personene i analysen beskriver det som lettere å spise sunt etter å ha innhentet ny kunnskap om mat og ulike ingredienser. Én av personene synes informasjonen om mat ingredienser er nyttig, men uttaler at det ikke vil påvirke hans innkjøp av mat. Han finner dette tidkrevende (Rise et al., 2013). Personene ønsker en kostholdsplan med retningslinjer siden enkelte beskriver manglende kunnskap og forståelse for å utforme en konkret kostholdsplan (Negelkerk et al., 2006). Andre personer beskriver utfordringer ved å begrense favorittmat (Mathew, Gucciardi, De Melo, & Barata, 2012). De som ikke følger kostholdsplanen føler de ikke blir bemyndiggjort, og det er dermed mindre sannsynlighet for å endre adferd (Kapur, Kapur, Ramachandran, Mohan, Aravind, Badgandi, & Srishyla, 2008). Personene oppfatter det nye kostholdet som kjedelig og lite variasjon. De uttrykker forvirring i forhold til mengden de kan spise per dag av ingredienser som inneholder sukker, fett og karbohydrater (Booth et al., 2013). Det er vanlig å spise samme mat gjentatte ganger for å unngå å telle karbohydrater (Thompson 2014). Enkelte bruker blodsukkeret for å finne ut hva de kan spise. Personene i resultatet anser at en viktig faktor i å forbedre sin egenomsorg er å balansere måltider og porsjoner (Castillo et al., 2010).

Personer med moderat blodsukkerkontroll og personer med dårlig blodsukkerkontroll har noe ulik forståelse av kosthold. Personer med moderat blodsukkerkontroll lever opp til noen prinsipper med sunn mat. De kontrollerer mengden av ulike matvaregrupper per måltid og forenkler kostholdet. Personer med dårlig blodsukkerkontroll har en tendens til å eliminere matvaregrupper. Både personer med dårlig- og moderat blodsukkerkontroll kommenterer at en hektisk hverdag og mangel på sunne alternativer til gatekjøkkenmat, gir utfordringer i å opprettholde et sunt kosthold. (Lippa & Klein, 2008).

Resultatet viser god forståelse for verdien av økt fysisk aktivitet. Personene kan forklare hvordan fysisk aktivitet kan bidra til å administrere diabetes type 2. Denne forståelsen gjør dem i stand til å øke aktivitetsnivået (Malpass, Andrews, & Turner, 2008). Én person beskriver hvordan han reduserer sin nødvendige dosering av insulin ved å trene (Mathew et al., 2012). Personer med dårlig- og moderat blodsukker kontroll forstår ikke sammenhengen mellom fysisk aktivitet og blodsukker, mens de med god blodsukker kontroll forstår denne sammenhengen (Lippa & Klein, 2008).

Resultatet viser flere faktorer som begrenser utøvelse av fysisk aktivitet. Enkelte personer utøver mindre aktivitet på grunn av fysisk funksjonshemming, mangel på kortsiktige konsekvenser og manglende symptomer (Adolfsson et al., 2008; Booth et al., 2013). Noen personer opprettholder sin nye livsstil på grunn av frykt for komplikasjoner og konsekvenser fra en usunn livsstil (Malpass et al., 2008; Rise et al., 2013; Vermeire et al., 2007). Andre årsaker til begrensning for aktivitet er dårlig vær, utrygge nabolag og mangel på tid (Castillo et al., 2010; Vermeire et al., 2007). Mangel på forståelse kombinert med en travel livsstil kan være en faktor for dårligere egenomsorg. (Kapur et al., 2008; Lippa & Klein 2008).

Konkurrerende prioriteringer blir identifisert som barrierer for fysisk aktivitet. Alle uttrykker et ønske om å være mer fysisk aktiv, men beskriver seg selv som «lat». Det er ulikheter mellom hva personene forventer, ønsker og hva de opplever under fysisk aktivitet. Flere kvinner opplever det som utfordrende å gjennomføre fysisk aktivitet på grunn av familie og arbeid. (Miller & Marolen 2012).

Personene beskriver fysisk aktivitet sammen med kostholdsendring som gunstig og nødvendig. Å spise usunn mat oppfordrer personene til å øke aktiviteten, og å ha nedsatt aktivitet oppfordrer personene til å spise sunnere. To menn uttrykker at flere endringer i livsstil ikke er problematisk, men å opprettholde dem. Flere endringer samtidig kan

komplisere situasjonen. De mener det er bedre å mestre en livsstilsendring, før man innfører en annen (Malpass et al., 2008). Enkelte personer finner det vanskelig å endre bestemte vaner. Andre uttrykker at når fysisk aktivitet, et sunt kosthold og blodsuktermåling blir vaner, er livsstilen en del av deres daglige liv (Rise et al., 2013; Thompson 2014).

Personene beskriver hvordan fysisk aktivitet har bedret deres mentale, så vel som deres fysiske helse. Dette har oppfordret dem til å spise sunt og å fortsette livsstilsendringene (Malpass et al., 2008). Helsebevissthet og forståelse av matens rolle i forhold til velvære og trening, er viktige faktorer i egenomsorgen (Kapur et al., 2008).

3.1.4 Pedagogiske metoder for gruppeopplæring

Ulike pedagogiske metoder på et opplæringskurs gir forskjell i effekt av opplæringen.

Analysen viser ulike effekter på egenomsorg ved å delta i en myndiggjøringsgruppe og i en rådgivningsgruppe. Sykepleieren i myndiggjøringsgruppen inviterer personene til å diskutere sine egne problemer. Dette åpner muligheten for god kommunikasjon og gjensidig tillit.

Personene føler seg fri til å spørre spørsmål uten å føle seg sjenert, flau eller oppleve ubehag.

Stemningen i myndiggjøringsgruppen bidrar til at personene føler støtte og oppmuntring fra de andre og sykepleieren. De opplever støtte både når de mestrer endringer og når de ikke mestrer endringene. Personene beskriver god effekt på egenomsorgen når sykepleieren bruker myndiggjøring som pedagogiske metode. Rådgivningsgruppen gir mindre effekt på egenomsorg. I rådgivningsgruppen holder sykepleieren samtalen og stiller spørsmål.

Personene i gruppen beskriver dette som enveiskommunikasjon. Sykepleieren blir oppfattet som overordnet som opplyser personene om hva de skal gjøre. Det er ikke uvanlig at

personene i rådgivningsgruppen ikke tør å stille spørsmål i gruppen og går derfor hjem med ubesvarte spørsmål. Personene i rådgivningsgruppen får gode råd om matvaner, regelmessig fysisk aktivitet og om å gå ned i vekt, men føler likevel at de har begrenset kunnskap om diabetes. Den begrensede kunnskapen hos personene i rådgivningsgruppen bidrar til ambivalens i å endre atferd. I motsetning til i myndiggjøringsgruppen begynner personene å forstå hva sykdommen omhandler og hvordan kosthold, fysisk aktivitet og blodsukker samhandler. De har utviklet en viss grad av selvkontroll og er mer oppmerksomme på hva som blir skrevet om diabetes. Personene uttrykker at de er klar over at de ikke vet alt om diabetes i dag, men vet hvordan de kan søke mer informasjon (Adolfsson et al., 2008).

Personene som deltar på gruppeopplæringskurs får en følelse av ro og lettelse, når de kan diskutere sine egne problemer med andre i gruppen. Gruppen er viktig for å ikke føle seg alene i den vanskelige prosessen. Sosial støtte fra jevnaldrende viser seg å ha gunstige effekter

på egenomsorgen. Personene er enig om behovet for opplæringskurs, og informasjonen anses som nyttig (Castillo et al., 2010).

3.2 Motivasjon

Motivasjon etter gruppeopplæring er en viktig faktor for å leve med god egenomsorg. Personene blir motivert av resultater fra å oppleve effekten av livsstilsendringer. Effektene kan være vekttap, mer energi, bremset progresjon av senkomplikasjoner og økt trivsel (Rise et al., 2013). Personene i resultatet blir motivert av å føle seg sunn. Motivasjonen gjør det enklere å fortsette livsstilsendringene (Booth et al., 2013). Personene forteller også om motivasjon til livsstilsendring når informasjonen på gruppeopplæring er knyttet til deres hverdag (Adolfsson et al., 2008; Oftedal et al., 2010). Personene kommenterer at troen på hvor alvorlig tilstanden er påvirker motivasjonen for å utføre endringer, samt å opprettholde dem. Flere personer beskriver det som vanskelig å tilpasse alle aspekter av livet (Vermeire et al., 2007). Personene opplever det vanskelig å overvinne fristelser i sosial setting hvor de tilbys usunn mat (Booth et al., 2013; Castillo et al., 2010; Vermeire et al., 2007).

Personene anser familiemedlemmer og sykepleiere som viktige støttespillere, som hjelper dem å vedlikeholde livsstilsendringer (Mathew et al., 2012; Negelkerk et al., 2006; Rise et al., 2013; Thompson 2014; Booth et al., 2013). Støtte for å endre spiseatferd er vanlig i kjernefamilien i forhold til en storfamilie. I kjernefamilien spiser familien samme mat, ikke individuell mat for personen med diabetes, som resulterer i at egenomsorgen blir bedre. I større familier er det vanlig med individuell mat for personen med diabetes, som ikke blir delt av andre i familien. Personene med diabetes i en storfamilie føler rådene er upraktisk. De har mottatt mindre råd om sunn mat, tilberedning av mat, praktisk opplæring for å håndtere livsstilsendringer (Kapur et al., 2008). Diabeteskostholdet til resten av familien varierer fra total til ingen endring (Vermeire et al., 2007).

Sykepleiere blir ansett som støttende ved at de viser forståelse, lytting og en helhetlig tilnærming. En empatisk tilnærming gir personene en følelse av tillitt og støtten motiverer dem til å håndtere sin diabetes (Negelkerk et al., 2006). Enkelte personer føler behovet for praktisk støtte er ignorert og oversett av sykepleiere (Oftedal et al., 2010; Vermeire et al., 2007). *«Når det gjelder min diabetes, savner jeg mer informasjon om hva du kan eller ikke kan gjøre. På en måte ville det motivert meg litt mer»* (Vermeire et al., 2007)

3.3 Kjønnforskjeller

Analysen viser kjønnsforskjeller i henhold til egenomsorg. Kvinner påpeker menn sitt behov for å opprettholde et bilde av styrke, ved å ikke fortelle andre om diabetesen (Castillo et al., 2010). Kvinner er mer åpen om sin diabetes til familie og venner. Menn er bekymret over tanken på å inkludere familie og venner i sin diabeteslæring. Menn bruker flere sosiale informasjonskilder som internett og bøker, i motsetning til kvinner som bruker sosiale ressurser som støttegrupper og vekttapsprogram. De fleste kvinner føler ikke støtte fra ektefeller og har ofte behov for å endre sin livsstil uten å endre familiens livsstil (Mathew et al., 2012). Menn beskriver god støtte fra deres koner. Konene hjelper dem til å ta bedre vare på seg selv (Castillo et al., 2010). Mennene i gruppen påpeker at kvinner er naturlig bedre til å ta vare på sin helse (Castillo et al, 2010).

4. DISKUSJON

4.1 Resultatdiskusjon

Hensikten med studien er å beskrive faktorer som har betydning for egenomsorg til personer med type 2 diabetes etter gruppeopplæring.

Individuell kunnskap om kosthold og fysisk aktivitet viser seg å ha betydning for personenes egenomsorg. Bruk av myndiggjøring som pedagogisk metode i gruppeopplæring er gunstig. En betydningsfull faktor for om livsstilsendringene blir iverksatt og ivaretatt er om man selv tar ansvar for diabetesbehandlingen. Motivasjon er en annen betydningsfull faktor for egenomsorg. Motivasjonskilder som har positiv effekt på livsstilsendringer er bremsset progresjon og troen på at diabetes er en alvorlig tilstand. Støtte fra familie, venner og sykepleiere motiverer personene og bidrar til å opprettholde god egenomsorg. Resultatet viser kjønnsforskjeller. Menn og kvinner ivaretar sin egenomsorg ulikt.

Dorothea Orem vektlegger kunnskap, ferdigheter og utføring som viktige faktorer for egenomsorg. Funksjoner som er nødvendig er sansing, persepsjon, motivasjon, hukommelse og mentale funksjoner (Kristoffersen 2012a). Egenkontroll, motivasjon, pedagogisk læring og tiltak er faktorer som kan hindre utviklingen av diabetes og senkomplikasjoner (Allgot 2002).

Personene i resultatet beskriver økt kunnskap som en betydningsfull faktor for egenomsorg. Økt kunnskap gjør personene i stand til å forstå hvordan de kan leve et normalt liv, til tross for deres sykdom. Enkelte personer i resultatet gjør ikke livsstilsendringer, siden økt kunnskap «ufarliggjør» diabetesen. Andre legger ansvaret over på andre, noe som resulterer i ingen livsstilsendringer. Personer som er bevisst på at diabetes er deres eget ansvar, har god egenomsorg. Målet med gruppeopplæring er å gi personene så mye kunnskap og gode ferdigheter, at de mestrer og kan leve et godt liv med sin sykdom (Mosand & Stubberud 2011). Orem hevder en sentral side ved menneskets evne til å utføre egenomsorg handler om å tilegne seg kunnskap, og bruke disse kunnskapene og ferdighetene til utøvelse av egenomsorg (Kristoffersen 2012a).

Enkelte personer i resultatet kommenterer varierende kunnskapsnivå blant sykepleiere. De stoler derfor ikke på råd gitt av sykepleiere og noen personer opplever svært liten forståelse og aksept på hvor vanskelig det er å leve med diabetes. Sykepleieren må vurdere om sine egne kunnskaper og forutsetninger er tilstrekkelig til å utføre læringssituasjoner (Graue &

Haugstvedt 2011). Personene i resultatet blir bekymret av mangelfull, motstridende eller misforstått informasjon før opplæringskurs. Personer med diabetes deltar på gruppeopplæring på bakgrunn av praktiske problemer og at de føler seg usikker. Dette bunner i manglende og motstridende informasjon og manglende kontakt med andre personer med diabetes (Rygg, Rise, Lomundal, Solberg & Steinsbekk 2010). I følge yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere skal sykepleieren: *«fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått»* (Norsk sykepleierforbund 2011). Det er derfor viktig at sykepleieren har kunnskap om hvorfor personer deltar på gruppeopplæring, da dette kan ha betydning for personenes egenomsorg etter opplæringen.

Kunnskap og informasjon er avgjørende for å få personene i resultatet til å forstå at kostholdsendringer sammen med fysisk aktivitet er gunstig og nødvendig. Kosthold og fysisk aktivitet kan forebygge eller forsinke utviklingen av type 2 diabetes (Sagen 2011). Enkelte personer i resultatet kommenterer at flere endringer samtidig kan komplisere situasjonen. De mener det er bedre å mestre én livsstilsendring, før man innfører en annen. I mange tilfeller kan det være vanskelig å motivere personer med diabetes til kostholdsendring og til regelmessig trening. Dette kan ha sammenheng med at flere personer med diabetes type 2 lider av fedme og lav selvtillit. En annen grunn til at noen ikke utøver fysisk aktivitet er at de ikke oppfatter seg selv som en sportslig type (Sagen 2011), som i resultatet der personene uttrykker et ønske om å være fysisk aktiv, men anser seg selv som «lat». Personen må føle seg trygg på at aktiviteten ikke har noen negative konsekvenser. Vedkommende må få råd og veiledning angående aktiviteten og hvordan den gjennomføres (Sagen 2011).

Noen av personene i resultatet ser også på kostholdet som en utfordring. Utfordringene som blir beskrevet er manglende variasjon og strenge krav til kostholdet. Sykepleierens oppgave under en livsstilsendring er derfor å hjelpe og støtte personene i endringsprosessen (Mosand og Stubberud 2011). Informasjon om mat og ingredienser er nyttig for de fleste personene i resultatet, men tidkrevende for andre. Rådene som blir gitt til personer med diabetes bygger på kostanbefalinger fra statens råd for ernæring og fysisk aktivitet. Rådene er utarbeidet både for den norske befolkningen og de europeiske anbefalingene for personer med diabetes (Mosand og Stubberud 2011). Sykepleieren skal veilede personer til å gjøre endringer i kostholdet (Aas 2011). Resultatet viser hvordan enkelte personer eliminerer matvarer, og spiser samme mat for å unngå å telle karbohydrater. Sykepleieren er lovpålagt å informere

personen om mulige risikoer og bivirkninger ved å spise samme mat (Pasient- og brukerrettighetsloven 1999). Sykepleieren skal samtidig vise respekt overfor den enkeltes valg av livsstil. Sykepleierens oppgave blir å informere vedkommende om hvilke konsekvenser og hvordan kostholdet kan påvirke diabetesen. Sykepleieren skal hjelpe personen å knytte kunnskap om ernæring og helse opp til anbefalte endringer. Sykepleieren må motivere vedkommende til å foreslå alternative løsninger, uten å stille ledende spørsmål. Ved å stille de riktige spørsmålene hjelper man vedkommende til å selv komme frem til løsningen (Aas 2011). I begynnelsen av gruppeopplæringen må sykepleieren kartlegge personenes kostvaner. Spørsmål som kan stilles er hvilke matvarer man spiser, hvor mye, hvilke tider på døgnet og hva måltidene inneholder. Dette noteres og gjør det enklere å fokusere på de rette momentene i opplæringen (Mosand og Stubberud 2011). Etter å ha tatt en kostanamnese, bør man bekrefte sider som allerede er bra med kostholdet. Det kan gi personen en følelse av mestring og at endringsprosessen blir overkommelig (Aas 2011). Dersom endringene oppleves som små eller lite betydningsfulle, framstår trusselen mindre truende enn om man opplever dette som en stor omveltning i livet (Sjøvoll 2002).

Deltakerne i resultatet uttrykker at deres diabetes kan påvirke hele familien, hos noen en total endring og hos andre ingen endring. Hvorfor er det slik at noen endrer seg totalt, mens andre ikke? Resultatet viser forskjeller i kostholdet mellom en kjernefamilie og en storfamilie. I kjernefamilien er det enklere for personen med diabetes å ivareta et sunt kosthold, siden hele familien har samme kosthold. Det er flere hensyn å ta i storfamilien, siden det er mange som skal ha mat. Hensynene kan være ønske om at maten skal smake godt, hva andre familiemedlemmer liker, pris, tradisjoner og vaner (Aas 2011).

Resultatet viser flere faktorer som begrenser utøvelsen av fysisk aktivitet. Disse faktorene er dårlig vær, utrygge nabolag, mangel på tid, prioriteringer og funksjonshemninger. Sykepleieren må identifisere faktorer som hindrer personer med diabetes fra regelmessig mosjon. Deretter bør personene motiveres til å begynne med en aktivitet de kan ha glede og medisinsk nytte av (Sagen 2011). Resultatet viser også at personene opplever fysisk aktivitet som en måte å senke blodsukkeret på, samtidig som det bedrer deres mentale. Ved at personene spiser usunn mat, får de motivasjon til å øke aktivitetsnivået. Det er flere faktorer som kan motivere en person med diabetes til å endre livsstilsvaner. Faktorene kan ofte knyttes til målbare resultater, for eksempel bedre metabolsk kontroll eller vektreduksjon (Sagen 2011).

Pedagogiske metoder som blir anvendt i opplæring påvirker personenes egenomsorg. Personene i resultatet opplever at sykepleiere bruker en «læreboktilnærming», og ikke spør om deres behov. Sykepleiere er lovpålagt å gi pasienter og brukere mulighet til medvirkning. *«Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon»* (Pasient- og brukerrettighetsloven 1999). Opplæringen som blir gitt i gruppe er vanligvis ikke relatert til personens hverdag. Fokuset kan lett bli sykepleierens idé om hva som er viktig for personene. Sykepleieren kan dermed overse områder som er viktig for personene (Rygg et.al 2010). Personer som deltar i en rådgivningsgruppe opplever enveiskommunikasjon og har mange ubesvarte spørsmål etter opplæringen. Dette kan være på grunn av sykepleierens rolle, siden sykepleieren leder samtalen og stiller spørsmålene. I begynnelsen av diabetesoppfølgingen har sykepleieren en mer bestemt rolle, etter hvert vil det være hensiktsmessig at sykepleierrollen er rådgivende og veiledende (Mosand & Stubberud 2011). Dersom personene føler motvilje og ubehag fører det til en barriere for læring, uansett hvor verdifullt kunnskapsinnholdet er (Dalland 2010a). I myndiggjøringsgruppen inviterer sykepleieren hver enkelt person til å diskutere egne problemer. Personene opplever gjensidig tillit og de tør å stille spørsmål uten at det føles ubehagelig. De forteller om en følelse av ro og lettelse når de får dele erfaringer med andre i gruppen. Det er viktig med brukarmedvirkning. Sykepleieren har fagkunnskap om sykdom og behandling, mens personene vet best om sin sykdom og behandling (Kristoffersen & Nortvedt 2011). I gruppeopplæring møter man andre mennesker som er i samme livssituasjon. Personene lærer av å samtale med andre, sammenligne, etterligne og dele erfaringer (Dalland, 2010a; Mosand & Stubberud 2011). Orems menneskesyn baseres på at mennesket har egenskaper til å reflektere over seg selv og sine omgivelser og til å prøve å gjøre ting som er gunstig for seg selv og andre. Orem legger størst vekt på miljøet når hun fremhever hvor viktig kultur og den sosiale gruppen er for individets egenomsorgslæring (Kristoffersen, 2012a). Er gruppen liten vil egenomsorgsstyrte tiltak bli bedre (Steinsbekk, Rygg, Lisulo, Rise, & Fretheim, 2012). Det er viktig å skape god relasjon mellom sykepleieren og personene. Sykepleieren kan bruke tid på å bli bedre kjent med personene ved å stille spørsmål som: Kjenner vedkommende noen andre med diabetes?, Hva vet personen om diabetes fra tidligere? Har vedkommende positive eller negative erfaringer fra tidligere? Og hvordan kan egenomsorgen tilpasses til arbeid, skolegang og fritid? (Mosand & Stubberud 2011). Ved at sykepleieren har kjennskap til den enkelte person, kan sykepleieren spille på ulike personligheter i gruppa og hjelpe frem de som er stille

(Dalland, 2010b). Personene med diabetes type 2 skal oppnå så god blodsukkerkontroll at både akutte komplikasjoner og senkomplikasjoner unngås. Målet er at personen skal bli selvhjelpen og trygg. Det er derfor viktig at opplæringen ikke går for raskt frem (Mosand & Stubberud 2011). For at læring skal skje må personene være mentalt forberedt, bevisst over manglende kunnskap og å ha interesse for å lære. Egenomsorgshandlinger kan ta lang tid å lære. Sykepleieren må være kreativ når det gjelder å planlegge læresituasjoner i samsvar med den enkeltes behov. Personene må ha anledning til å praktisere ønsket adferd (Kristoffersen 2012b). Orem hevder at dersom personer skal kunne nå målene om egenomsorg må behovene være identifisert og bevisstgjort, senere må personens evne til selv å møte kravene til handling vurderes (Kristoffersen 2012a). Personer i resultatet foreslår oppfølgingskurs, der man kan dele erfaringer og motta oppdatert kunnskap. Gjennom god opplæring, økt kunnskap og repetisjoner kan de få god innsikt og økt motivasjon. Denne behandlingsmetoden kan bedre kontrollen over blodsukkeret (Mosand & Stubberud 2011). Gruppeopplæring som pedagogisk metode viser seg å ha god effekt på egenomsorgen for personene i resultatet. Behandling i grupper kan være nyttig for mange, både for å kunne komme i gang og for å opprettholde motivasjonen (Mosand og Stubberud 2011).

Dersom informasjonen som personene, i resultatet, får er relatert til deres hverdag, vil dette motivere dem. Personene mestrer sin diabetes når de omsetter kunnskap i praktiske handlinger til riktig tid og situasjon i hverdagen (Mosand & Stubberud 2011). Orem definerer sykepleierens rolle i opplæring som: rådgivning, veiledning, anbefalinger, anvisning, instruksjon og tilsyn. For å lykkes må personene være motivert, i stand til å ta beslutninger og utføre handlinger. Sykepleieren bør forsøke å motivere personene for læring ved å få de til å innse betydningen av det som skal læres (Kristoffersen 2012a). Resultatet viser at effekten av livsstilsendring, troen på at diabetes er en alvorlig tilstand og frykt for komplikasjoner er gode motivasjonskilder. Motivasjon er et ønske om å oppnå et gode eller et behov for å unngå et onde (Meyer & Lindseth 2010b). Det betyr at valgene vi tar, er preget av den motivasjonen vi har til å foreta nettopp disse valgene. En indre motivasjon er mer styrende i lengden for den enkeltes handlinger enn en ytre motivasjon, som stadig vil kreve belønninger for å virke (Mosand & Stubberud 2011).

Demotiverende faktorer for egenomsorg som kommer frem i resultatet er travel livstil, mangel på forståelse, negative erfaringer og mangel på symptomer og kortsiktige konsekvenser. Demotiverende faktorer som kan redusere motivasjonen kan være at resultatene ikke er som forventet, mengden gjøremål er for stor eller man har prøvd noe lignende før uten suksess.

Andre demotiverende faktorer kan være at målsetningen ikke er din egen, det tas for store steg for raskt eller man forstår ikke sammenhengen mellom vaneendringene og målene man ønsker å oppnå. Det er derfor nødvendig å bli bevisst på innarbeidede vaner. Endringene lar seg lettere gjennomføre jo mindre påvirkning endringene har i livet (Meyer & Lindseth 2010b). Personene i resultatet beskriver motivasjon ved å se effekt av livsstilsendring. Har man lite effekt, mister man motivasjonen. Det er derfor viktig å definere et mål. Målsettingen må være realistisk, slik at gjennomføring er mulig. Enkelte personer har ikke definert et mål på grunn av redselen for å mislykkes. Når noe går «galt» er det viktig å ha kjøreregler for hvordan man kommer videre. Motivasjonen er ikke optimal når målet er uklart eller hvordan de skal oppnå målet (Meyer & Lindseth 2010b). Derfor må sykepleieren legge vekt på å innhente informasjon fra personenes egne ønsker og mål, å bruke disse som motivasjonsfaktorer (Tveiten 2009). Mange personer med diabetes type 2 har for høy kroppsvekt og forhøyet blodtrykk, disse personene vil ha nytte av vektreduksjon. For å utføre en livsstilsendring, må vedkommende se behovet og være motivert for endring (Mosand og Stubberud 2011). Under endringsprosessen bør man ha delmål, og mestringsfølelsen underveis gjør at motivasjonen opprettholdes (Meyer & Lindseth 2010b).

Støtte fra sykepleiere er en viktig faktor for endring og oppmuntrer personene i resultatet til å ta vare på egen helse. Orem understreker viktigheten av at det etableres et menneske-til-menneske-forhold mellom sykepleieren og personen (Kristoffersen 2012a). Personene i resultatet beskriver empati fra sykepleiere som en motiverende faktor som gir følelse av tillit. Sykepleierens evne til å bygge tillitt med personer er avgjørende for å engasjere dem i behandlingsprosessen (Collinsworth, Vulimiri, Schmidt, & Snead 2013). Det er også viktig at sykepleieren er klar over det generelle, men også de individuelle faktorene som kan medføre til stress. Sykepleieren kan lære den enkelte å bruke ulike mestringsstrategier. Det er også viktig å styrke den enkeltes ressurser samt de ressursene den sosiale støtten kan representere (Karlsen 2011).

Støtte fra familie og venner har stor betydning for personene i resultatet. Støtten er viktig for å gjøre endringer og for å vedlikeholde dem. Det å rammes av en kronisk sykdom, byr på fler utfordringer i hverdagen. Mange har en opplevelse av å ikke strekke til i verken familie eller behandlingskrav, som kan føre til tilbaketrekking og stagnasjon (Haugstvedt 2011). Orem understreker hvordan personer kan oppnå velvære på tross av motgang, sykdom og funksjonssvikt (Kristoffersen 2012a). Familie, venner og arbeidskollegaer er viktige ressurser for å beskytte personen med diabetes type 2 mot unødvendig stress og for å kunne oppnå

mestring (Karlsen 2011). Støtte fra familie har stor betydning for å kunne mestre livet når sykdommen rammer og tilpasningen til diabetessykdommen (Haugstvedt 2011).

Personene i resultatet uttaler ulike følelsesmessige utfordringer knyttet til egenomsorg av diabetes. Disse følelsesmessige utfordringene er: bekymring når ting er ute av rutinen, skyldfølelse når de ikke følger rådene som er gitt og frykt, frustrasjon for ikke å klare å takle sykdommen. Usikkerhet og angst med hensyn til komplikasjoner er vanlig (Mosand og Stubberud 2011). Kriseforløpet hos en person med en kronisk lidelse er et livslangt sammenhengende hele, hvor det er vanskelig å skille fasene. Situasjonen er langvarig og konstant, noe som fører til at de følelsesmessige reaksjonene henger tettere sammen og ikke lar seg like lett skille fra hverandre. Personer med kroniske lidelser vil ikke kunne gjøre seg ferdig med de vonde og vanskelige følelsene, slik man noen ganger kan ved akutte lidelser. Den kriserammede kan oppleve at følelsene kommer og går, alt etter som sykdommen utvikler seg (Sjøvoll 2002). Noen av personene klarte å snu denne frykten og angsten til noe positivt. Frykten for komplikasjoner gjorde personene i stand til å opprettholde livsstilsendringer. Personene med diabetes må lære seg å mestre livet med sykdommen (Mosand og Stubberud 2011). De må akseptere at sykdommen er en del av livet. Målet blir å unngå å bli sykere, noe de fleste i størst mulig grad ønsker å klare å kontrollere selv. Når sykepleiere har kunnskap om krisereaksjoner hos kronisk syke og vilje til å gå inn i disse problemstillingene, har de mulighet til å kunne forebygge eller begrense negative kriseforløp (Sjøvoll 2002).

Resultatet viser forskjeller mellom menn og kvinner i hvordan de håndterer sin diabetes. Menn føler de får god støtte fra deres koner, mens kvinner føler de ikke får god støtte fra deres ektefeller. Kvinner får mindre støtte enn de gir, mens menn får mer støtte enn de gir. Kvinner oppfatter diabetes som problemfri og oppnår bedre resultater i egenomsorg, til tross for at de opplever mindre støtte enn menn (Nielsen, Olivarius, Gannik, Hindsberg, & Hollnagel, 2007). Resultatet viser videre at menn bruker mindre sosial støtte og holder seg til internett og bøker, mens kvinner bruker sosiale ressurser for å oppnå god egenomsorg. Menn i resultatet mener at kvinner er naturlig bedre til å ta vare på egen helse. Kvinner opplever at menn skal opprettholde et bilde av styrke, ved å ikke fortelle andre om diabetesen. Kvinner har lettere for å snakke lettere om følelser og oppsøker derfor helsehjelp oftere (Nilsen et al., 2007). Menn har ikke like lett for å snakke om det emosjonelle. Dette kan være grunnen til at menn bruker internett og bøker som ressurser, istedenfor å oppsøke sosiale ressurser. Det er

generelt lite litteratur og forskning på kjønnsforskjeller og diabetes. Kjønnsforskjeller får ikke nok oppmerksomhet. Det blir tatt lite hensyn til kjønnsforskjeller og hvordan menn og kvinner opplever verden og verdier ulikt (Søren & Graff-Iversen 2001).

4.2 Metodediskusjon

Det er søkt i kun to databaser, utvalget av artikler kunne ha blitt større ved bruk av flere databaser. Under søkeprosessen ble det benyttet ulike søkeord. Ved bruk av mange søkeord, oppdaget man færre treff. Det ble benyttet både explode og AND noe som kan begrense eller påvirke funnene. Søkene ble ikke utført på samme måte i de ulike databasene, som innebærer at det ikke er et systematisk søk. 2 av de inkluderte artiklene er manuelle søk, dette kan resultere i at søket ikke blir nøytralt. Artikler som ble ekskludert var på grunn av feil perspektiv i forhold til oppgavens hensikt. Artikler som var eldre enn 2005 ble ekskludert med hensyn til et ønske om et oppdatert resultat. Ekskluderingen kan ha resultert i færre relevante artikler. Evnen til å søke artikler og anvende databaser kan være mangelfull på grunn av lite undervisning. Alle de 13 inkluderte artiklene er på et vitenskapelig nivå. 12 artikler er godkjent av etisk komité. Én artikkel er ikke godkjent av etisk komité, men personene fikk informasjon om studien og det var skriftlig samtykke på å delta i studien. Artikkelen ble derfor inkludert, og den anses som relevant for studiens hensikt. 12 av artiklene er kvalitative, siden oppgaven har tatt for seg pasientfokus og kvalitative studier viser pasienters erfaringer. Én av artiklene er kvantitativ, men oppleves som relevant for oppgavens hensikt.

Alle vitenskapelige artiklene er skrevet på engelsk. Oversettelsen av artiklenes innhold kan derfor være ubevisst tolket. Oppgavens kilder refereres til APA-stilen: The American Psychological Association.

Den ene boken som ble benyttet i diskusjonskapitlet er eldre enn 10 år, men stoffet oppleves som relevant og kvalitetssikker. Det ble benyttet både første- og annen håndslitteratur. Annen håndslitteratur er allerede tolket en gang, og kan dermed påvirke deler av diskusjonen.

5. KONKLUSJON

Denne studien viser flere faktorer som kan ha betydning for egenomsorg etter gruppeopplæring til personer med type 2 diabetes. Det er viktig at sykepleieren identifiserer hvorfor personer kommer på gruppeopplæring og hva de ønsker å lære. Individuell kunnskap om kosthold og fysisk aktivitet kan ha betydning for personenes egenomsorg. Bruk av myndiggjøring som pedagogisk metode i gruppeopplæring er gunstig. Menn og kvinner ivaretar sin egenomsorg ulikt. Sykepleieren bør innhente informasjon fra personenes egne ønsker og mål, for å bruke disse som motivasjonsfaktor. Dette kan resultere i at personene tar ansvar for sin egen helse etter gruppeopplæring. Støtte fra familie, venner og sykepleiere er viktig for å utføre livsstilsendringer og for å vedlikeholde endringene.

Hva kan denne studien tilføre praksis?

Studien kan tilføre praksis kunnskaper som kan være av betydning når det gjelder gruppeopplæring til pasienter. Når det gjelder gruppestørrelser så anbefales det at grupper bør være små for å kunne skape en relasjon mellom sykepleier og personene i gruppen. Små grupper gjør det mulig for personene å bli trygg på hverandre for å kunne dele erfaringer. Er gruppene små har sykepleiere mulighet til å gi personene individuell kunnskap. I tillegg kan det være av betydning at sykepleiere knytter gruppeopplæringen opp til personenes hverdag, da dette motiverer personene til å forstå hvordan de kan benytte kunnskapen opp mot deres egenomsorg. Menn og kvinner ivaretar egenomsorgen ulikt, det er behov for ytterligere forskning på dette området.

LITTERATURLISTE

- Aas, A.M. (2011). Kostens betydning ved diabetes. A, Skafjeld & M, Graue (Red.), *Forebygging, oppfølging, behandling diabetes*. Oslo: Akribe AS.
- Adolfsson E. T., Starrin B., Smide B. & Wikblad K. (2008). Type 2 diabetic patients' experiences of two different educational approaches – A qualitative study. *International journal of nursing studies*, 45(7): 986-994. DOI:10.1016/j.ijnurstu.2007.07.007
- Allgot B. (2002) *Diabetes og samfunnet*. Skafjeld A.(red). Diabetes – grunnbok for sykepleiere og annet helsepersonell. Oslo: Akribe Forlag AS
- Askheim O. P. (2011). Pasient opplæring og empowerment. Brataas H (Red.). *Sykepleiepedagogisk praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Booth A. O., Lowis C., Dean M., Hunter S. J. & Mckinley M. C. (2013). Diet and physical activity in the self-management of type 2 diabetes: barriers and facilitators identified by patients and health professionals. *Primary Health Care Research & Development*, 14 (3): 293-306. DOI: 10.1017/S1463423612000412
- Castillo A., Giachello A., Bates R., Concha J., Ramirez V., Sanchez C., Pinsker E. & Arrom J. (2010). Community-based Diabetes Education for Latinos the Diabetes Empowerment Education Program. *The diabetes educator*, 37(1): 128. DOI:10.1177/0145721710371524
- Collinsworth A. W., Vulimiri M., Schmidt K. L., & Snead C. A. (2013). Effectiveness of a community health worker-led Diabetes Self-management education program and implications for CHW Involvement in Care Coordination Strategies. *The diabetes EDUCATOR*, 39(6):792-9. DOI: 10.1177/0145721713504470

Dalland, O.(2010a). Læring. *Pedagogiske utfordringer for helse og sosialarbeidere*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Dalland, O.(2010b). Veiledning. *Pedagogiske utfordringer for helse og sosialarbeidere*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Dalland, O. (2012). Hva er metode?. *Metode og oppgaveskriving*. 5.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Diabetesforbundet. (2014). *Diabetes type 2*. Hentet fra <http://www.diabetes.no/Diabetes+type+2.9UFRnQ4P.ips>

Forsberg,C., & Wengstrøm, y.(2008a). Olika typer av litteraturstudier. *Att göra systematiska littraturstudier*. 2. utgave. Stockholm, Sverige: Natur och kultur.

Forsberg,C., & Wengstrøm, y.(2008b).Den systematiska litteraturstudiens första steg. *Att göra systematiska littraturstudier*. 2. utgave. Stockholm, Sverige: Natur och kultur.

Graue M. & Haugstvedt, A. (2011). Opplæring, undervisning og veildening. A, Skafjeld & M, Graue (Red.), *Forebygging, oppfølging, behandling diabetes*. Oslo: Akribe AS.

Haugstvedt, A. (2011). Diabetes i et livsløpsperspektiv. A, Skafjeld & M, Graue (Red.), *Forebygging, oppfølging, behandling diabetes*. Oslo: Akribe AS.

Hill J. (2012). Preventing type 2 diabetes: a role for every practioner. *Community Practioner*, 85(10):34-6. Hentet fra <http://search.proquest.com/docview/1095797921/fulltext/686C50B700584B87PQ/1?accountid=31880>

- Jenssen T. (2011). Diabetes mellitus. Ørn, S., Mjell, J. & Bach-gansmo, E. (red). *Sykdom og Behandling*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kapur K., Kapur A., Ramachandran S., Mohan V., Aravind SR., Badgandi M., & Srishyla MV. (2008). Barriers to Changing Dietary Behavior. *Journal of the association of physicians of India*, 56: 27-32. Hentet fra. <http://repository.ias.ac.in/80146/1/80146.pdf>
- Karlsen, B. (2011). Den individuelle veiledningssamtalen- nøkkel til bedre mestring. Skafjeld A. & Graue M. (Red.), *Forebygging, oppfølging, behandling diabetes*. Oslo: Akribe AS.
- Kristoffersen N.J. & Nortvedt P. (2011) *Relasjonen mellom sykepleier og pasient*.
- Kristoffersen N., Nordtvedt F & Skaug E-A. (red). *Grunnleggende sykepleie bind 1*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kristoffersen, N. J. (2011). Den myndige pasienten. Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., Skaug E. (red). *Grunnleggende sykepleie bind 3*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kristoffersen, N. J. (2012a) Teoretiske perspektiver på sykepleie. Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., Skaug E. (red). *Grunnleggende sykepleie bind 1*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kristoffersen, N. J. (2012b) Helse og sykdom. Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., Skaug E. (red). *Grunnleggende sykepleie bind 1*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lippa K. D. & Klein H. A. (2008). Portraits of Patient Cognition: How Patients Understand Diabetes Self-Care. *Canadian journal of nursing research*, 40 (3): 80-95. Hentet fra <http://www.ingentaconnect.com/content/mcgill/cjnr/2008/00000040/00000003/art00006?crawler=true>

- Malpass A., Andrews R. & Turner K. M. (2008). Patients with type 2 Diabetes experiences of making multiple lifestyle changes: A qualitative study. *Patient education and counseling*, 74: 258-263. DOI: 10.1016/j.pec.2008.08.018
- Mathew R., Gucciardi E., De Melo M. & Barata P. (2012). Self-management experiences among men and women with type 2 diabetes mellitus: a qualitative analysis. *BioMed central family practice*, 13: 122. Hentet fra <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=b75dae00-cece-4f8d-9b6c-6d50c2646bd2%40sessionmgr4001&vid=0&hid=4204>
- Meyer, I. F., Lindseth, I. (2010a) Fakta om diabetes. *Lev godt med type 2- diabetes eller bli kvitt den*. Høvik: Forlaget Vett & Viten.
- Meyer, I. F., Lindseth, I. (2010b) Motivasjon og mestring. *Lev godt med type 2- diabetes eller bli kvitt den*. Høvik: Forlaget Vett & Viten.
- Miller S. T. & Marolen K. (2012). Physical Activity-Related Experiences, Counseling Expectations, Personal Responsibility, and Altruism among Urban African American Women with Type 2 Diabetes. *The diabetes educator*, 38(2): 229-35. DOI: 10.1177/0145721712437558
- Mosand, R. D., Stubberud D. (2011) Sykepleie ved diabetes mellitus. Almås, H., Stubberud, D., & Grønseth, R. (red.). *Klinisk sykepleie 1* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Negelkerk J., Reick K. & Meengs L. (2006). Perceived barriers and effective strategies to diabetes self-management. *Journal of advanced Nursing*, 54(2), 151-158. Hentet fra <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=f8ae0ba2-3e18-4035-a9d3-378e400d6ecf%40sessionmgr111&vid=1&hid=115>

Nielsen, A. B. S., Olivarius, N. de F., Gannik, D., Hindsberger, C., Hollnagel, H. (2007).

Individualiseret behandling af type 2-diabetes i almen praksis – sekundærpublikation,

Ugeskriftet Læger, 169(25):2428-31. Hentet fra

http://www.researchgate.net/publication/6242301_Six_years_structured_individualised_treatment_of_patients_with_type_2-diabetes_in_general_practice_Secondary_publication

Norsk sykepleierforbund 2011. *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler*.

Oslo: Norsk sykepleierforbund.

Oftedal B., Karlsen B. & Bru E. (2010). Perceived support from healthcare practitioners

among adults with type 2 diabetes. *Journal of Advanced Nursing*, 66(7), 1500-1509.

DOI: 10.1111/j.1365-2648.2010.05329.x

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). (2001). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*

(*pasient- og brukerrettighetsloven*). Hentet fra

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Rise M. B., Pellerud A., Rygg L. Ø. & Steinsbekk A. (2013). Making and maintaining

lifestyle changes after participating in group based type 2 diabetes self-management
educations: a qualitative study.. *PLOS ONE*, 9: 8 (5). Hentet fra

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=67132fe0-4678-4759-9df8-82197e1ee83b%40sessionmgr4001&vid=0&hid=4204>

Rygg L. Ø., Rise M. B., Lomundal B., Solberg H. S. & Steinbekk A.(2010). Reasons for

participation in group-based type 2 diabetes self-management education. A Qualitative
study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38: 788-793. DOI:

10.1177/1403494810382475

- Sagen. (2011). Fysisk aktivitet. Skafjeld, A. & Graue M.(red). *Diabetes Forebygging, oppfølging, behandling*. Oslo: Akribes AS
- Sjøvoll N. (2002) Følelsesmessige reaksjoner på kroniske somatiske lidelser. Skafjeld A.(red). *Diabetes – grunnbok for sykepleiere og annet helsepersonell*. Oslo: Akribes Forlag AS
- Sørensen, M., Graff- Iversen, S. (2001) Hvordan stimulere til helsefremmende atferd? *Tidsskrift for den norske lægeforening*, 121:720 – 4. Hentet fra <http://tidsskriftet.no/article/279435>
- Steinsbekk A., Rygg L. Ø., Lisulo M., Rise M. B., Fretheim A. (2012). Group based diabetes self-management education compared to routine treatment for people with type 2 diabetes mellitus. A systematic review with meta-analysis. *BMC Health Services Research* 2, 12:213. DOI: 10.1186/1472-6963-12-213
- Thompson M.(2014). Occupations, habits, and routines: perspectives from persons with diabetes. *Scandinavian Journal of occupational therapy*, 21: 153-160. DOI: 10.3109/11038128.2013.851278
- Tveiten S. (2009) Undervisning. *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Vermeire E., Hearnshaw H., Rätsep A., Levasseur G., Petek D., Van Dam H., Van der Horst F., Vinter-Repalust N., Wens J., Dale J. & Royen P. (2007). Obstacles to adherence in living with type-2 diabetes: An international qualitative study using meta-ethnography (EUROBSTACLE). *Primary care diabetes*, 1: 25-33. DOI: 10.1016/j.pcd.2006.07.002
- WHO. (2015, Januar). *Diabetes*. Hentet fra <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>

VEDLEGG

Vedlegg 1: Søkeprosessen

Dato	Database	Avgrensninger	Søkeord	Antall treff	Antall utvalg 1	Forkastet	Antall utvalg 2	Antall utvalg 3	Antall utvalg 4
12.01.15	PubMed	Last 10 years	Diabetes type 2, AND education, AND adult Qualitative study AND self-management	91	91	86	33	6	3
13.01.15	Medline	Last 10 years English	Diabetes mellitus type 2 AND guidance, adult	184	184	183	48	8	1
15.01.15	Medline	Last 10 years Abstract Qualitative study, best balance of sensitivity and specificity Danish, English, Norwegian, Swedish Adult	Diabetes mellitus type 2 (explode) AND patient education (explode)	109	109	107	37	8	2
22.01.15	Manuelt søk			3	3	1	3	3	2
23.01.15	Medline	Danish, English, Norwegian, Swedish Last 10 years	(exp)Diabetes mellitus type 2 AND (exp) qualitative research	114	114	111	30	5	3
28.01.15	PubMed	Danish, English,	Diabetes mellitus type	68	68	66	19	6	2

		Norwegian, Swedish Last 10 years Adult	2, Adherence, patient education						
--	--	---	---------------------------------------	--	--	--	--	--	--

Utvalg 1: Viser antallet artikkeltitler lest

Utvalg 2: Viser antall artikkelabstrakter lest

Utvalg 3: Viser antall artikler i sin helhet lest

Utvalg 4: Viser antall artikler valgt til videre vurdering og analysing

Vedlegg 2: Oversikt over inkluderte artikler

Titler Forfatter Årstall Tidsskrift Land	Studiens hensikt	Design/ intervensjon/ instrument	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
Making and maintaining lifestyle changes after participating in group based type 2 diabetes self- management educations: a qualitative study. Rise et al. 2013 PLOS ONE Norge	Undersøke om gruppebasert diabeteskurs øker kontroll over egenomsorg for å vedlikeholde livsstilsendringer	Kvalitativ. Semistrukturert intervju	Kunnskap er en avgjørende faktor for å gjøre endringer i livsstilen.	Nivå 1 Godkjent av etisk komité
Patients with type 2 diabetes experiences of making multiple lifestyle changes: A qualitative study Malpass et al. 2008 Patient education and	Undersøke pasienter med nylig diagnostisert diabetes type 2 sine erfaringer av flere livsstilsendringer samtidig	Kvalitativ studie dybdeintervju	Kombinasjon av fysisk aktivitet og kosthold kan være gunstig for å få til en livsstilsendring	Nivå 2 Godkjent av etisk komité

counseling Storbritannia				
Community-based diabetes education for Latinos The diabetes empowerment education program Castillo et al. 2010 The diabetes educator USA	Undersøke om et utdanningsprogram med lokale sykepleiere hadde effekt på blodsuktermåling og egenomsorg hos personer med type 2 diabetes.	Kvalitativ Intervju	Det er nyttig med et slikt utdanningsprogram og informasjonen som ble gitt var nyttig for deltakerne	Nivå 1 Godkjent av etisk komitè
Self-management experiences among men and women with type 2 diabetes mellitus: a qualitative analysis Mathew et al. 2012 BioMed central family practice Canada	Forstå forskjeller i diabetes egenomsorg og utfordringer mellom kvinner og menn	Kvalitativ Observasjonsstudier og spørreskjema	Menn og kvinner har forskjellige behov i diabetes egenomsorg	Nivå 1 Godkjent av etisk komitè
Barriers of changing dietary behavior Kapur et al. 2008 Journal of the association of physicians of India India	Undersøke faktorer som øker eller reduserer oppfølgingen av kostholdsråd	Kvantitativ studie med strukturerte spørreskjema	Kjernefamilien, støtte fra familien, høyere helsebevissthet og praktisk veiledning for å håndtere livsstilsproblemer ser ut til å ha positiv effekt på egenomsorg.	Nivå 1 Godkjent av etisk komitè
Physical activity-related experiences, counseling expectations, personal responsibility, and Altruism among Urban African American Women with type 2 Diabetes Miller et al 2012	Undersøke fysisk aktivitetsrelaterte erfaringer, rådgivning og forventninger blant Afroamerikanske kvinner	Kvalitativ Fokusgruppe	Fysisk aktivitet bør være en del av deres vanlige rutiner og de trenger motivasjon.	Nivå 1 Personene fikk info om studien, det var skriftlig samtykke. Personene måtte fylle ulike kriterier for

The diabetes educator USA				å bli inkludert i studien.
Portraits of patient cognition: How patients understand diabetes self-care Lippa et al 2008 Canadian journal of nursing research USA	Undersøke hvordan pasienter med lav, moderat og god blodsukker kontroll i forhold til egenomsorg	Kvalitativ Intervju	Ikke tilstrekkelig forståelse av sykdommen, misforsto instruksjoner. Glukoseregulering er avgjørende for selvledelse. De som skal undervise personen må understreke kraften bak egenomsorg og problemløsning.	Nivå 1 Godkjent av etisk komité
Perceived support from healthcare practitioners among adults with type 2 diabetes Ofstedal et al 2010 Journal of advanced nursing Norge	Undersøke pasientenes opplevelse av støtte fra sykepleier og hvordan støtten påvirker pasientens motivasjon til egenomsorg	Kvalitativ studie Fokusgruppe intervju	Gjennom at sykepleier gir støtte påvirker forventningene til selvstyring	Nivå 2 Godkjent av etisk komité
Occupations, habits, and routine: perspectives from persons with diabetes Thompson et al 2014 Scandinavian Journal of occupational therapy USA	Undersøke hvordan personer med diabetes oppfatter yrker knyttet til å håndtere sin diabetes	Kvalitativ studie Intervju bilde elicitation	Viktig å vurdere den enkeltes opplevelse av diabetes egenomsorg og behovet for å utvikle vaner og rutiner for å støtte behandlingen av diabetes	Nivå 1 Godkjent av etisk komité
Type 2 diabetic patients' experiences of two different educational approaches – A qualitative study Adolfsson et al 2008	Undersøke pasientenes erfaringer av å delta i en myndiggjøringsgruppe eller rådgivningsgruppe	Kvalitativ studie Semistrukturert intervju som ble tatt opp på bånd	Vertikale relasjoner begrenser pasientens evne til å ansvar for sin sykdom, horisontale relasjoner bidrar til	Nivå 2 Godkjent av etisk komité

International journal of nursing studies Sverige			å styrke pasientens evne og være aktivt involvert i sin egenomsorg	
Perceived barriers and effective strategies to diabetes self-management Nagelkerk et al 2006 Journal of advanced Nursing USA	Undersøke det som oppfattes som barrierer for effektive strategier for egenomsorg	Kvalitativ studie Innholdsanalyse basert på fokusgruppeintervju	Markerer viktigheten av å utvikle strategier og realistiske planer. Bevisstgjøre barrierer for egenomsorg og identifisere strategier for å håndtere daglige hindringer og beslutninger.	Nivå 2 Godkjent av etisk komitè
Obstacles to adherence in living with type-2 diabetes: an international qualitative study using meta-ethnography(EUROBSTACLE) Vermeire et al 2007 Primary care diabetes Belgia, Storbritannia, Estland, Frankrike, Slovenia, Nederland og kroatia	Undersøke forholdet mellom kvaliteten på sykepleier og pasientens tro på egen helse	Kvalitativ studie Fokusgrupper	Hindringer for egenomsorg er felles på tvers av land, og ser ikke ut til å være på grunn av helsevesenet, men mer til pasientens kunnskap, oppfatninger, holdninger og forholdet til helsevesenet	Nivå 1 Godkjent av etisk komitè
Diet and physical activity in the self-management of type 2 diabetes: barriers and facilitators identified by patients and health professionals Booth et al 2013 Primary Health Care Research & Development Storbritannia	Undersøke synspunktene i forhold til kosthold og fysisk aktivitet hos nydiagnostiserte pasienter med diabetes type 2 og sammenligne disse med sykepleiere's synspunkter	Kvalitativ studie Fokusgrupper	Pasientene diskuterte en rekke barrierer for kosthold og fysisk aktivitet.	Nivå 1 Godkjent av etisk komitè

